

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Теслюк В. М. кандидат психологічних наук, доцент
Національний університет біоресурсів і
природокористування України
<https://orcid.org/0000-0003-1112-428X>

У статті аналізуються основні критерії діагностики посттравматичного стресового розладу. Узагальнені психологічні наслідки для психічного здоров'я, які виникають у людини в результаті переживання травматичних подій. Описано емпіричне дослідження проявів ПТСР у військовослужбовців, обґрунтовано підбір методик для їх діагностики. Подано аналіз та інтерпретацію діагностики особливостей проявів ПТСР.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад; прояви ПТСР; військовослужбовці; діагностика; агресивність; суїцидальна поведінка.

Вступ. Актуальність дослідження особливостей проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців зумовлюється як загальнопсихологічними, так і соціально-історичними чинниками. Сучасна війна, розв'язана проти України, призвела до залучення значної кількості військовослужбовців до участі в бойових діях, де вони щодня стикаються з високим рівнем стресу, загрозою життю, втратою побратимів, руйнуванням особистих життєвих орієнтирів і морально-етичних установок. Це створює серйозні передумови для виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який характеризується такими проявами, як нав'язливі спогади, флешбеки, емоційне оніміння, уникання нагадувань про травму, підвищена тривожність, порушення сну, дратівливість, зниження здатності до соціального функціонування.

Проблема ПТСР серед військовослужбовців має міждисциплінарне значення, оскільки вона впливає не лише на психоемоційний стан самих військових, але й на їхню працездатність, взаємодію в колективах, соціальну адаптацію в післявоєнний період, інтеграцію в цивільне життя, а також – на добробут їхніх родин. Більше того, невчасна або недостатня психологічна допомога у випадках ПТСР може призводити до поглиблення психологічної дезадаптації, розвитку вторинних психічних розладів (депресія, залежності, суїцидальна поведінка), втрати боєздатності та зростання навантаження на систему охорони психічного здоров'я.

З наукової точки зору, актуальність теми зумовлена необхідністю глибшого розуміння

механізмів формування ПТСР, особливостей його прояву в умовах війни, індивідуально-психологічних і соціокультурних детермінант, а також – потребою у створенні адаптованих до українських реалій протоколів діагностики, супроводу та психокорекції. У зв'язку з цим важливим стає вивчення як гострих, так і хронічних форм ПТСР у військових, виявлення факторів ризику і захисту, розробка профілактичних стратегій, а також впровадження ефективних моделей психологічної підтримки як під час активної служби, так і у постбойовий період.

Дослідження особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців є вкрай актуальним з огляду на виклики воєнного часу, потреби державної системи реабілітації та психосоціального супроводу ветеранів, а також важливість збереження та відновлення людського потенціалу в умовах тривалої воєнної кризи.

Теоретичне підґрунтя. Вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) сьогодні є одним із провідних і надзвичайно актуальних напрямів наукової діяльності в сучасній психології, який активно розвивається завдяки напрацюванням як українських, так і зарубіжних науковців. Серед українських фахівців, які зробили вагомий внесок у розробку теоретичних та практичних підходів до проблеми ПТСР, можна відзначити таких учених, як Е. Балашов, С. Максименко, Т. Титаренко, С. Богданов, А. Романишин, О. Зеленько, Р. Каламаж, І. Пасічник. Їхні дослідження охоплюють ключові аспекти діагностики, психокорекції, терапевтичної допомоги та соціальної реабілітації осіб, які страждають на ПТСР, з урахуванням специфіки українського

соціокультурного контексту та викликів, пов'язаних із воєнними подіями. Психологічні основи впровадження в практику діагностики та корекції стресових розладів, зокрема ПТСР вивчали: Н.Агаєв, О.Кокун, Н.Лозінська, В.Остапчук, І.Пішко та ін.

У міжнародній науковій спільноті першими, хто заклав підґрунтя для наукового осмислення ПТСР, були М. Горовіц, який запропонував сам термін, Р. Лазарус, Г. Сельє, Е. Фоа та Д. Кларк. Ці вчені присвятили свої дослідження розкриттю природи ПТСР, його патофизиологічним проявам, механізмам виникнення та ефективним шляхам психотерапевтичного впливу. Значна увага до проблематики ПТСР з боку таких міжнародних структур, як Американська психіатрична асоціація (АРА) та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), свідчить про глобальне визнання серйозності цього розладу. Ці інституції формують сучасні стандарти діагностики, лікування і підтримки осіб, що зазнали травматичних подій. Окремо слід відзначити діяльність United American Patriots (UAP), яка спеціалізується на допомозі військовим, що зазнали психотравм внаслідок участі у бойових діях, а також займається просвітницькою діяльністю щодо ПТСР у суспільстві. Незважаючи на відчутний науковий прогрес у цій галузі, в умовах нинішньої воєнної агресії проблема своєчасної діагностики, профілактики та створення системної підтримки для осіб із ПТСР потребує подальшого глибокого аналізу й удосконалення, зокрема з урахуванням реалій сучасного українського суспільства, яке переживає затяжний стресовий вплив з боку бойових дій.

Незважаючи на вагомий внесок у вивчення даного феномену, на сьогодні залишається актуальним і недостатньо дослідженим аспект, що стосується діагностики та профілактики ПТСР саме в умовах тривалого перебування особистості в країні, яка перебуває у стані війни або де введено воєнний стан. У таких обставинах психотравмувальні чинники мають комплексний, повторюваний та системний характер, що ускладнює процес психологічної адаптації та формує нові виклики для фахівців у сфері психічного здоров'я. Саме тому питання виявлення ранніх ознак ПТСР, створення ефективних програм профілактики і надання психосоціальної допомоги людям, які зазнали травматичного досвіду в умовах

воєнного конфлікту, набуває особливої актуальності у сучасному науково-практичному дискурсі.

Мета – дослідити особливості проявів ПТСР у військовослужбовців.

Методи дослідження. *Теоретичні* – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних даних для уточнення сутності базових понять досліджуваної проблеми; *емпіричні* (опитування, тестування) для виявлення психологічних особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців; опрацювання, аналіз та інтерпретація отриманих емпіричних даних.

Результати і обговорення. Збройна агресія проти України суттєво загострила увагу до проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який став надзвичайно актуальним у контексті тривалого перебування значної частини населення в умовах бойових дій. Аналіз даних міжнародних досліджень, проведених у державах, що переживали військові конфлікти, засвідчує тенденцію до суттєвого зростання поширеності ПТСР серед як учасників бойових дій, так і серед цивільного населення, яке стало свідком або жертвами насильства. Зокрема, вдвічі зростає кількість осіб, у яких проявляються симптоми цього розладу, і в деяких випадках поширеність може сягати від 15 до 20% серед тих, хто перебував у зоні бойових дій. Водночас, наукові джерела вказують і на позитивні аспекти динаміки – значна частка осіб, які пережили травматичну подію, не стикається з тривалими психічними порушеннями. Деякі з них долають кризу самотійно, без необхідності спеціалізованої

психотерапевтичної допомоги, завдяки особистісним ресурсам, соціальній підтримці та адаптивним копінг-стратегіям. Однак важливо зазначити, що у багатьох людей, які пережили психотравмуючі події, психологічні порушення можуть проявлятися не одразу, а з певною затримкою у часі, що створює додаткові труднощі для діагностики та своєчасної допомоги. При цьому порушення психічного стану можуть мати різні форми: крім класичних симптомів ПТСР, можуть проявлятися депресивні стани, генералізовані тривожні розлади, проблеми з емоційною регуляцією, підвищена дратівливість і агресивність, а також схильність до зловживання алкоголем, наркотичними речовинами чи іншими психоактивними

засобами. Це вказує на потребу в комплексному підході до вивчення й лікування посттравматичних наслідків, а також у створенні доступної, дієвої системи психологічної підтримки для всіх категорій постраждалого населення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) формується внаслідок переживання надзвичайно загрозливих або катастрофічних подій, які викликають глибоку психологічну травму. Йдеться про ситуації, що виходять за межі звичайного досвіду, зокрема ті, які можуть спричинити серйозну загрозу життю чи здоров'ю або супроводжуються відчуттям повної безпорадності, паніки, жаху чи сильного страху. На відміну від повсякденного стресу, викликаного, наприклад, професійними труднощами, особистими конфліктами, втратою роботи чи розлученням, ПТСР має інше походження і значно глибші психологічні наслідки. Це не реакція на рутинні негаразди, а на травмуючі події, які порушують базові відчуття безпеки. ПТСР може розвинути в людей будь-якого віку – як у дітей, так і в дорослих, незалежно від їх соціального статусу чи психоемоційної стійкості до звичайних життєвих труднощів. Його слід розглядати як нормальну людську відповідь на аномальні умови. Після пережитої психологічної травми людина може стикатися з цілим комплексом реакцій: емоційною відстороненістю, зниженням довіри до оточення, нав'язливими спогадами, нічними кошмарами, труднощами зі сном чи концентрацією уваги. Якщо такі симптоми не минають протягом тривалого часу (понад один-два місяці) і істотно впливають на функціонування в повсякденному житті, ймовірно йдеться саме про ПТСР. Статистичні дані свідчать, що приблизно половина людей протягом життя зазнає травматичних подій. Залежно від інтенсивності та тривалості впливу, а також особистісних і соціальних ресурсів, у деяких людей може розвиватися цей розлад. У країнах, де мали місце військові конфлікти, рівень поширеності ПТСР варіюється від 11% до 50% серед постраждалого населення. При цьому, чоловіки зазвичай частіше переживають травми, пов'язані з фізичним насильством, бойовими діями, стихійними лихами або стають свідками смертей. Жінки ж більш вразливі до травматичних ситуацій, пов'язаних із сексуальним насильством,

зокрема – проти себе чи своїх дітей (О. Овчаренко, 2023).

У межах діагностичних стандартів, викладених у п'ятому виданні найавторитетнішого міжнародного класифікатора психічних захворювань – «DSM-5» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), посттравматичний стресовий розлад визначається за чітко окресленими критеріями. До них належить, передусім, безпосереднє переживання або свідчення події, що супроводжувалася реальною чи потенційною загрозою життю або здоров'ю. Першим важливим симптомом є нав'язливі переживання – тобто інтенсивні, повторювані спогади про травматичну ситуацію, які можуть включати флешбеки, кошмари або яскраві образи. Другим діагностичним аспектом є наполегливе уникнення всього, що може нагадувати про психотравмуючий досвід, – це можуть бути місця, розмови, люди або навіть внутрішні думки. Також відзначаються глибокі трансформації у мисленні та настрої: пригнічення позитивних емоцій, почуття відчуженості, зниження здатності до радості, виникнення почуття провини або безнадії. Четвертий критерій – це суттєві зміни у фізіологічній та емоційній реактивності: підвищена пильність, дратівливість, спалахи гніву, труднощі зі сном, надмірна настороженість або реакції переляку. Ще одним діагностичним пунктом є тривалість цих проявів – симптоми мають зберігатися понад чотири тижні та відбувається погіршення функціонування людини в різних сферах життя – професійній, соціальній, особистій. При цьому діагноз виключає інші фактори, такі як вживання психоактивних речовин або соматичні захворювання, які могли б зумовити подібну симптоматику.

У контексті біологічного механізму розвитку ПТСР варто підкреслити, що відповіддю на травматичний досвід є активація нервової системи. В момент небезпеки організм переходить у стан «аварійної готовності» – запускаються швидкі захисні реакції завдяки вивільненню гормонів стресу, серед яких особливе місце займає норадреналін. Найбільш активною у цьому процесі є структура мозку, відома як мигдалеподібне тіло, або амігдала. Вона відповідає за швидке розпізнавання небезпеки й ініціювання базових інстинктивних реакцій, таких як втеча або агресія. Цей еволюційно

зумовлений механізм існує як у людини, так і в тваринному світі. У нормальному випадку, коли небезпека минає, нервова система заспокоюється за допомогою інших гормонів, передусім кортизолу, що відновлює фізіологічну рівновагу та стабілізує психоемоційний стан. Однак у людей із ПТСР цей природний механізм «вимкнення тривоги» порушується, що зумовлює тривале перебування організму в стані напруги, який виснажує як психіку, так і фізичне здоров'я (О. Овчаренко, 2023).

У людей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад, після завершення травматичних подій нервова система не повертається до звичного, зрівноваженого функціонування, а залишається в стані підвищеної напруги. Гормони стресу, зокрема норадреналін і кортизол, продовжують активно виділятися, підтримуючи такі симптоми, як підвищена збудливість, тривожність, дратівливість і схильність до спалахів агресії. Будь-які зовнішні чи внутрішні подразники, що асоціюються із психотравмуючим досвідом – запахи, звуки, образи, ситуації – можуть запускати різку емоційну реакцію, яка автоматично переносить людину в стан психологічного минулого, немов подія відбувається знову. Це провокує появу нав'язливих спогадів, посилює тривогу та спричиняє панічні стани.

У цей момент особливо активізується мигдалеподібне тіло – структура головного мозку, відповідальна за емоційне реагування, зокрема швидко оцінку небезпеки. Водночас знижується активність префронтальної кори – тієї ділянки мозку, що контролює раціональне мислення, логічне опрацювання інформації, аналіз і прийняття зважених рішень. Через це людина не здатна відсторонено оцінити ситуацію і часто реагує імпульсивно, немов небезпека досі існує. Вона може поводитись неадекватно щодо контексту – раптово вибухати гнівом, лякатися незначних подразників, або відчувати сильну емоційну нестабільність, напади плачу, страху чи паніки без видимих причин.

Окрім порушень у роботі емоційних центрів мозку, значні зміни спостерігаються і в роботі гіпокампу – структури, відповідальної за формування та впорядкування спогадів. Саме гіпокамп дозволяє людині пов'язувати нові події з попереднім досвідом і вбудовувати їх у логічну послідовність особистої історії. У

здорової людини цей процес забезпечується нейрогенезом – утворенням нових нейронів та зміцненням зв'язків між ними. Але за умов тривалого впливу стресу функціонування гіпокампу пригнічується, нейрогенез сповільнюється, і внаслідок цього події не інтегруються у свідомість як завершені спогади. Травматичні моменти залишаються ніби «поза часом» – не засвоюються, не класифікуються як минуле, а продовжують активно впливати на психіку людини, знову і знову проявляючись у вигляді флешбеків, кошмарів або нав'язливих переживань, що порушують щоденне життя.

Психологічні наслідки, які виникають у людини в результаті переживання травматичних подій, мають дві основні площини впливу на її психічне здоров'я.

Перший вимір – це деструктивна сторона, яка є більш очевидною та безпосередньо проявляється у вигляді клінічних станів, віднесених до категорії «розладів, пов'язаних із травмою і стресовими факторами» згідно з класифікацією DSM-V. До найпоширеніших із них належать гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Проте спектр негативних наслідків не обмежується лише цими двома станами – він охоплює й інші серйозні психологічні порушення, такі як затяжне або травматичне горе, клінічна депресія, генералізований тривожний розлад, панічні атаки, дисоціативні стани, соматоформні розлади, а також розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Статистичні дані, наведені в DSM-V, свідчать про те, що приблизно 80% людей, які мають ПТСР, одночасно страждають і від супутніх психічних розладів. Ці патології істотно знижують рівень психологічного благополуччя, порушують соціальну адаптацію, ускладнюють стосунки з оточенням, а в окремих випадках можуть призвести до глибокої ізоляції та навіть інвалідності.

Інший, менш очевидний, але не менш значущий вимір впливу травматичних переживань – це потенціал особистісного зростання. Йдеться про так званий посттравматичний розвиток, коли індивід, пройшовши через кризу, трансформує свій досвід у джерело внутрішньої сили. Такий процес супроводжується глибшими роздумами про сенс життя, переоцінкою цінностей, змінами в системі поглядів,

посиленням емпатії, зростанням духовності або здатності до прийняття складних життєвих ситуацій. Однак досягти цієї позитивної трансформації неможливо без усвідомлення та опрацювання болісних аспектів травматичного досвіду. Саме тому вкрай важливим є професійний супровід – підтримка психолога, психотерапевта або іншого фахівця, який здатен допомогти людині безпечно пройти шлях від гострої травматизації до етапу особистісного оновлення.

Емпіричне дослідження нами проводилося у військовій частині А1126,25 Січеславській повітряно-десантній бригаді. У дослідженні взяли участь 85 військовослужбовців.

Основними завданнями емпіричного дослідження були:

- ✓ розробка дослідницького інструментарію та опис організації дослідження;

- ✓ збір емпіричного матеріалу;

- ✓ якісна інтерпретація отриманих даних;

- ✓ формулювання висновків емпіричного дослідження.

Для розв'язання завдань емпіричного дослідження було підбрано такі методики для дослідження прояву ПТСР у військовослужбовців:

1. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Методика PCL-5).

2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса – Е. Даркі.

3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

Обґрунтуємо використання нами зазначених методик. *Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Методика PCL-5)*. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент самозвіту про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5.

Він представляє собою шкалу з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР по DSM-5. PCL-5 має допомагати вирішити різні клінічні питання, включаючи:

- ✓ кількісну оцінку та моніторинг симптомів з плином часу;

- ✓ скринінг людей на ПТСР;

- ✓ допомогу в постановці попереднього діагнозу ПТСР.

PCL-5 – це інструмент самооцінки, який можна заповнити приблизно за 5-10 хвилин. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США (National Center for PTSD). PCL-5 не слід використовувати як самостійний діагностичний інструмент. При розгляді діагнозу необхідно використовувати навички клінічного опитування та рекомендоване структуроване інтерв'ю (наприклад, Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, CAPS-5) для визначення діагнозу.

Кожне з 20 питань опитувальника оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- ✓ Критерій А – опис травматичної події.

- ✓ Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

- ✓ Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

- ✓ Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

- ✓ Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою. Дані PCL-5 показують, що 5 балів – мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування, а 10 балів – мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим. Скринінг на ПТСР вважається позитивним, за умови якщо кількість балів перевищує 33 (Базарний, & Новіков, 2025).

У багатьох дослідженнях стверджується, що підвищений рівень агресивності може бути одним із проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Люди з ПТСР часто відчують труднощі з контролем своїх емоцій, особливо гніву та роздратування. Це може призводити до неадекватних реакцій на ситуації, які для інших людей можуть здаватися незначними (Теслюк, & Ткачов, 2024). Постійні флешбеки, кошмари та підвищена тривожність, характерні для ПТСР, можуть викликати у військовослужбовця відчуття постійної загрози, що, в свою чергу,

провокує агресивну поведінку як захисну реакцію. Військовослужбовці з ПТСР часто відчують себе відірваними від суспільства, мають труднощі з побудовою міжособистісних відносин. Це може призводити до відчуття самотності та гніву, що також може проявлятися в агресії.

Тому наступним кроком нашого дослідження була діагностика рівня агресивності у військовослужбовців, які за попередньою методикою мали прояви ПТСР. Для цього ми скористалися відомим опитувальником рівня агресивності А. Басса – Е. Даркі. Під агресивністю розуміють властивість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, переважно у сфері суб'єктно-суб'єктних відносин.

Арнольд Басс та Енн Даркі, створюючи свій опитувальник, що диференціює прояви агресії та ворожості, виділили такі види реакцій: фізична агресія, непряма агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини:

- ✓ фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи;
- ✓ непряма агресія – непрямо спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована;
- ✓ роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому збудженні (запальність, грубість);
- ✓ негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти звичаїв і законів, що встановилися;
- ✓ образа – заздрість та ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії;
- ✓ підозрілість – в діапазоні від недовіри та обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди;
- ✓ вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози);
- ✓ почуття провини – висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він чинить зло, а також докори совісті, що відчуються ним.

У багатьох дослідженнях фіксується, що військовослужбовці з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають підвищений ризик

суїцидальної поведінки (Теслюк, & Ткачов, 2024). Пояснимо чому ПТСР збільшує ризик суїциду:

1. Нестерпний біль. ПТСР викликає сильний емоційний біль, який може стати нестерпним для деяких людей. Суїцид може сприйматися як єдиний спосіб покласти край стражданням.

2. Відчуття безнадії. Люди з ПТСР часто відчують безнадію щодо свого майбутнього. Вони можуть вважати, що ніколи не зможуть одужати і повернутися до нормального життя.

3. Ізоляція. ПТСР може призвести до соціальної ізоляції, коли людина віддаляється від друзів і родини. Це посилює відчуття самотності і безпорадності.

4. Імпульсивність. Деякі симптоми ПТСР, такі як підвищена збудливість і труднощі з контролем імпульсів, можуть збільшити ризик імпульсивних дій, включаючи суїцид.

5. Сором і стигма. Багато людей з ПТСР відчують сором і стигму, пов'язані з їхнім розладом. Це може перешкоджати їм звернутися за допомогою і посилювати відчуття безвиході.

Узагальнимо також фактори ризику:

1. Важкість симптомів ПТСР. Чим важчі симптоми, тим вищий ризик суїциду.

2. Наявність інших психічних розладів. Депресія, тривожні розлади та розлади вживання речовин можуть збільшити ризик суїцидальної поведінки у людей із ПТСР.

3. Доступність засобів для самогубства. Наявність легкодоступних засобів для самогубства (наприклад, зброї) збільшує ризик.

4. Відсутність соціальної підтримки. Відсутність близьких людей, які можуть надати підтримку і допомогу, збільшує ризик самогубства.

5. Попередні спроби суїциду. Люди, які вже намагалися покінчити життя самогубством, мають більш високий ризик повторити спробу.

Тому наступним завданням діагностичного етапу було дослідження суїцидальної поведінки військовослужбовців. Для цього використали методику «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» (Кокун, Агаєв, Пішко, Лозінська, & Корня, 2019). Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій. Питання в ній є адекватними суїцидальним проявам. Використання даних питань і тверджень в якості додаткової інформації дозволяє при

проведенні обстеження виявляти осіб, які мають суїцидальні схильності, і формувати з них «групу посиленої психологічної уваги».

Проаналізуємо отримані нами результати за описаними вище методиками. За Шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Методика PCL-5) мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою. Якщо загальний бал перевищує 33 бали, це вказує на високу ймовірність

наявності ПТСР. Однак, це не є остаточним діагнозом.

Якщо загальний бал нижчий за 33 бали, це може свідчити про відсутність клінічно значущих симптомів ПТСР. Але варто пам'ятати, що навіть за негативного скринінгу можуть бути присутні деякі симптоми, які потребують додаткового обстеження. Результати обстеження за Шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Методика PCL-5) відображені на рис. 1.

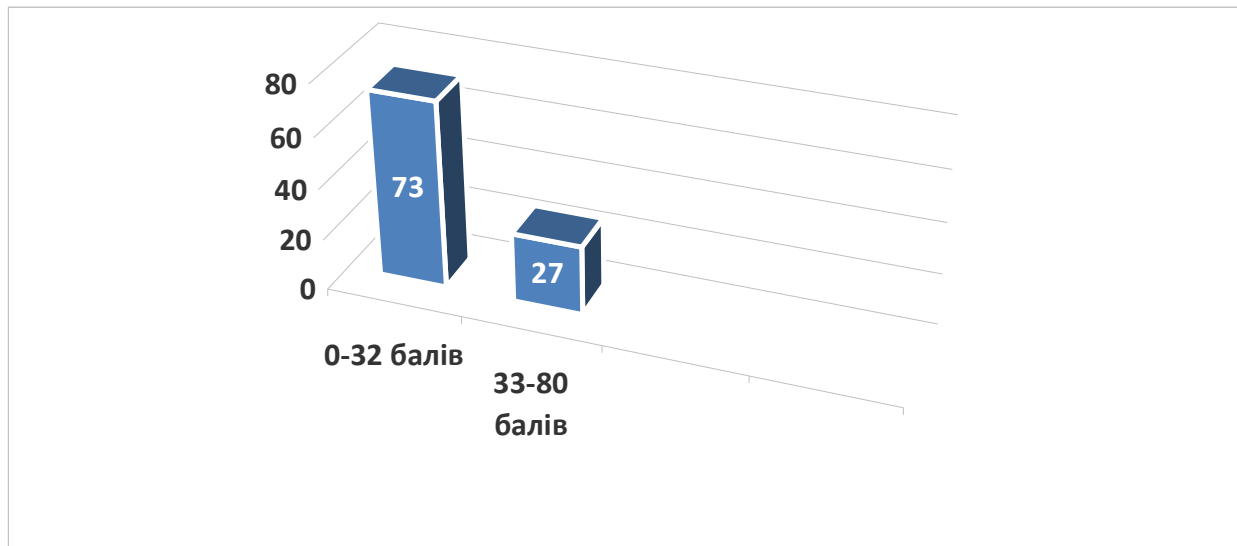


Рис. 1. Результати обстеження за Шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5 (у %)

Як показало самооцінювання за шкалою із 85 військовослужбовців у 23 осіб (27 %) кількість балів перевищує 33. Оскільки шкала PCL-5 є надійним інструментом для скринінгу ПТСР, то отримані результати вказують на те, що у зазначених 23 осіб є прояви даного розладу.

Наступним завданням діагностичного етапу дослідження було виявлення рівня агресивності у військовослужбовців, які за попередньою методикою мали прояви ПТСР. Тобто рівень агресивності визначався у 23 військовослужбовців із всієї експериментальної вибірки. Для цього ми скористалися відомим опитувальником рівня агресивності А. Басса - Е. Даркі.

Отримані дані про рівень агресивності у військовослужбовців з ПТСР, оцінені за опитувальником Басса-Даркі, дозволили зробити декілька важливих висновків:

1. Неоднорідність групи. Незважаючи на наявність прояву ПТСР у всіх досліджуваних, рівень агресивності у досліджуваній групі значно варіює. Це

свідчить про те, що ПТСР – це складний розлад, який проявляється у кожної людини індивідуально.

2. Відсутність однозначної кореляції між ПТСР та агресією. Хоча підвищена агресивність є одним із можливих симптомів ПТСР, не всі люди з цим розладом демонструють високий рівень агресивності.

3. Важливість індивідуального підходу. При роботі з військовослужбовцями з ПТСР необхідно враховувати особливості прояву агресії у кожного пацієнта.

Наявність у групі військовослужбовців з низьким рівнем агресивності – 3 особи (13%) може бути пов'язана з різними чинниками:

- ✓ індивідуальні особливості особистості, деякі люди від природи більш спокійні та миролюбні;
- ✓ механізми захисту: низький рівень агресивності може бути наслідком використання інших механізмів захисту від стресу (наприклад, відстороненості, заперечення);

✓ вплив лікування, якщо частина військовослужбовців вже проходила психотерапію, це могло сприяти зниженню рівня агресивності.

Наявність групи військовослужбовців з оптимальним рівнем агресивності – 4 особи (17 %) свідчить про те, що не всі люди з ПТСР обов'язково стають агресивними. Ця

група може служити прикладом успішної адаптації до стресових ситуацій.

Наявність військовослужбовців з підвищеним рівнем агресивності – 16 осіб (70%) підтверджує, що агресія є одним із можливих проявів ПТСР. Цим людям може знадобитися додаткова психологічна допомога для управління своїми емоціями (див. рис.2).

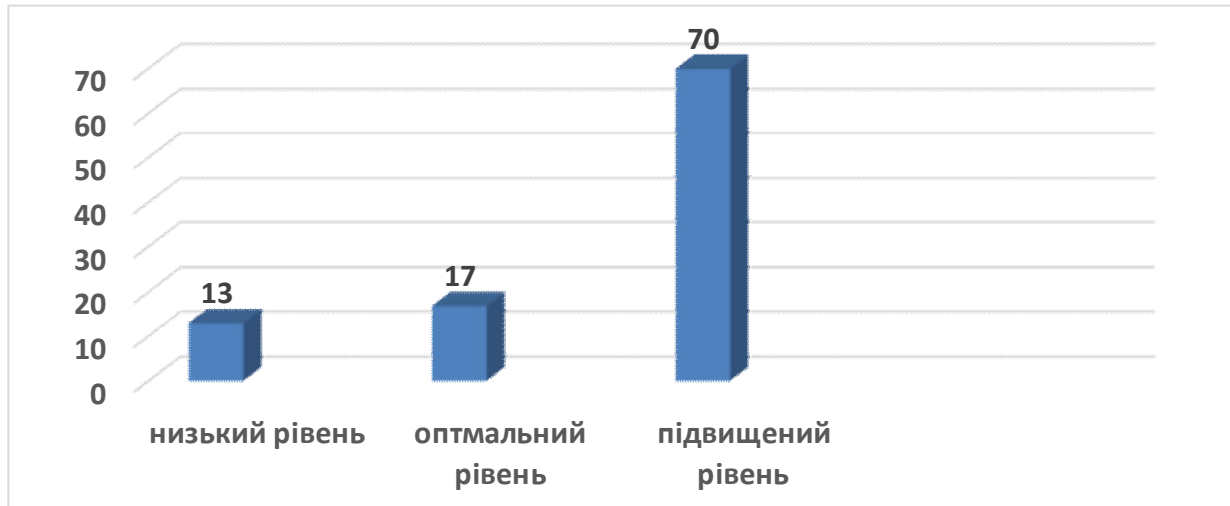


Рис. 2. Рівень агресивності у військовослужбовців із проявами ПТСР (у %)

Наступним завданням діагностичного етапу було дослідження суїцидальної поведінки військовослужбовців. Для цього

використали методику «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій». Результати відображені на рис. 3.

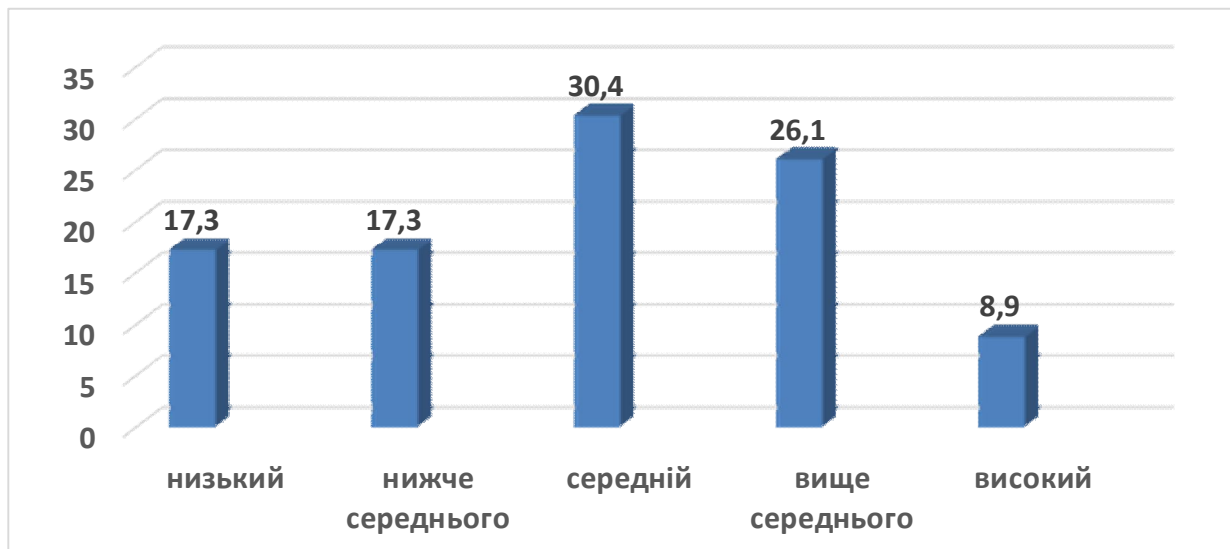


Рис. 3. Схильність військовослужбовців до суїцидальних реакцій (у %)

Отримані дані свідчать про те, що серед військовослужбовців з проявами ПТСР спостерігається досить широкий спектр схильності до суїцидальних реакцій. Незважаючи на те, що ПТСР є одним з найсильніших предикторів суїцидальної поведінки, не всі люди з цим розладом мають однакову ймовірність вчинення суїциду.

Ми отримали такий розподіл за рівнями схильності:

1. Низький рівень (17,3%). Ця група військовослужбовців, хоча й має ПТСР, демонструє найменшу схильність до суїцидальних думок та дій. Це може бути пов'язано з наявністю сильних соціальних зв'язків, ефективними механізмами

подолання стресу або успішним лікуванням ПТСР.

2. Нижче середнього рівня (17,3%). Ця група також має відносно низький рівень схильності, але вже виявляє деякі суїцидальні думки або легкі форми самопошкодження.

3. Середній рівень (30,4%). Найбільша група військовослужбовців з ПТСР потрапляє саме в цю категорію. Для них характерні помірні суїцидальні думки, які можуть періодично посилюватися під впливом різних стресорів.

4. Вище середнього рівня (26,1%). Ця група має підвищений ризик суїцидальної поведінки. Вони часто відчують сильний відчай, безнадію та можуть мати конкретні плани щодо самогубства.

5. Високий рівень (8,9%). Дана група військовослужбовців має найбільший ризик суїциду. Для них можуть бути характерні постійні суїцидальні думки, розроблення детальних планів самогубства та навіть здійснення спроб.

Військовослужбовці з проявами ПТСР – це неоднорідна група, у якій рівень схильності до суїциду може значно варіювати. Кожен військовослужбовець з проявами ПТСР потребує індивідуального підходу, оскільки ризик суїциду у них може бути різним. Чим раніше буде виявлено суїцидальні думки, тим ефективніше можна буде запобігти суїциду. Для зниження ризику суїциду необхідний комплексний підхід, який включає психотерапію, фармакотерапію, соціальну підтримку та інші заходи.

Отримані діагностичні результати підкреслюють необхідність проведення регулярних скринінгів на наявність суїцидальних думок у військовослужбовців з проявами ПТСР. Це дозволить виявити

людей, які потребують додаткової допомоги та запобігти трагічним наслідкам.

Висновки. Проведене емпіричне дослідження дозволило зробити такі висновки:

1. Результати обстеження за Шкалою самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Методика PCL-5) показали, що із всієї вибірки 27% військовослужбовців мають прояви ПТСР, оскільки шкала PCL-5 є надійним інструментом для скринінгу ПТСР.

2. Отримані дані про рівень агресивності у військовослужбовців з ПТСР, оцінені за опитувальником Басса-Даркі, дозволили зробити декілька важливих висновків. Незважаючи на наявність прояву ПТСР у всіх досліджуваних, рівень агресивності у досліджуваній групі значно варіює. Це свідчить про те, що ПТСР – це складний розлад, який проявляється у кожної людини індивідуально. Хоча підвищена агресивність є одним із можливих симптомів ПТСР, не всі люди з цим розладом демонструють високий рівень агресивності. При роботі з військовослужбовцями з ПТСР необхідно враховувати особливості прояву агресії у кожного пацієнта.

3. Серед військовослужбовців із проявами ПТСР спостерігається досить широкий спектр схильності до суїцидальних реакцій. Незважаючи на те, що ПТСР є одним з найсильніших предикторів суїцидальної поведінки, не всі люди з цим розладом мають однакову ймовірність вчинення суїциду.

Наступним етапом дослідження з даної проблематики є діагностика особливостей інших проявів ПТСР у військовослужбовців та розробка спеціальної психотерапевтичної програми допомоги їм.

Список використаних джерел

1. Базарний С., Новіков О. (2025). Комплексний аналіз інструментів PC-PTSD-5, CAPS-5 та PCL-5 для діагностики ПТСР у військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. № 85(3). С. 33–42. DOI: 10.33099/2617-6858–25–85–3–33-42.
2. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. (2019). Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. НДЦ ГП ЗСУ.
3. Овчаренко О.Ю. (2023). Психологія стресу та стресових розладів. Університет «Україна».
4. Теслюк В.М., Ткачов В.В. (2024). Дослідження бойового стресу у військовослужбовців. SWorldJournal. №23 (3). С. 104-108. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-23-00-024>.

References

1. Bazarnyi S., Novikov O. (2025). Kompleksnyi analiz instrumentiv PC-PTSD-5, CAPS-5 ta PCL-5 dlia diahnostyky PTSR u viiskovosluzhbovtiv. [Comprehensive analysis of the PC-PTSD-5, CAPS-5, and PCL-5 instruments for diagnosing PTSD in military personnel.] Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy. № 85(3). S. 33–42. DOI: 10.33099/2617-6858–25–85–3–33-42. (in Ukrainian)

2. Kokun O.M., Ahaiev N.A., Pishko I.O., Lozinska N.S., Kornia L.V. (2019). Psykholohichna otsinka suitsyadnogo ryzyku u viiskovosluzhbovtziv. [Psychological assessment of suicidal risk in military personnel.] NDTs HP ZSU. (in Ukrainian)
3. Ovcharenko O.Iu. (2023). Psykholohiia stresu ta stresovykh rozladiv. [Psychology of stress and stress disorders.] Universytet «Ukraina». (in Ukrainian)
4. Teslyuk V.M., Tkachov V.V. (2024). Doslidzhennia boiovoho stresu u viiskovosluzhbovtziv. [Research on combat stress in military personnel.] SWorldJournal. №23 (3). S. 104-108. DOI: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-23-00-024>. (in Ukrainian)

Summary

FEATURES OF PTSD MANIFESTATIONS IN MILITARY SERVANTS

Teslyuk V. candidate of psychological sciences, associate professor National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine

Introduction. The article analyzes the main criteria for diagnosing post-traumatic stress disorder. The psychological consequences for mental health that arise in a person as a result of experiencing traumatic events are summarized. An empirical study of the manifestations of PTSD in military personnel is described, the selection of methods for their diagnosis is justified. An analysis and interpretation of the diagnostic features of PTSD manifestations are presented.

Purpose – to investigate the specifics of PTSD manifestations in military personnel.

Methods. Theoretical – analysis, comparison, generalization, systematization of theoretical data to clarify the essence of the basic concepts of the problem under study; empirical (survey, testing) to identify the psychological features of PTSD manifestations in military personnel; processing, analysis and interpretation of the obtained empirical data.

Research results. The study summarizes the main criteria for diagnosing post-traumatic stress disorder, the psychological consequences for mental health that arise in a person as a result of experiencing traumatic events. An empirical study of the manifestations of PTSD in military personnel is described, and the selection of methods for their diagnosis is justified. An analysis and interpretation of the diagnostic features of PTSD manifestations are presented. The results of the examination using the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Self-Assessment Scale (PCL-5 Methodology) showed that 27% of the military personnel from the entire sample have PTSD manifestations, since the PCL-5 scale is a reliable tool for screening PTSD.

The data obtained on the level of aggression in military personnel with PTSD, assessed using the Bass-Darkie questionnaire, allowed us to state that despite the presence of PTSD in all subjects, the level of aggression in the studied group varies significantly. This indicates that PTSD is a complex disorder that manifests itself in each person individually. Although increased aggression is one of the possible symptoms of PTSD, not all people with this disorder demonstrate high levels of aggression. When working with military personnel with PTSD, it is necessary to take into account the specifics of the manifestation of aggression in each patient. There is a wide spectrum of suicidality among military personnel with PTSD. Although PTSD is one of the strongest predictors of suicidal behavior, not all people with this disorder are equally likely to commit suicide.

Originality. The article proposes an author's methodology for studying the features of PTSD manifestations in military personnel.

Practical significance of the study. The results of the study can be used by psychologists to diagnose the specific manifestations of PTSD in military personnel.

Conclusion. The results of the survey using the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Self-Rating Scale (PCL-5 Methodology) showed that 27% of the military personnel from the entire sample had PTSD symptoms, as the PCL-5 scale is a reliable tool for screening for PTSD. Despite the presence of PTSD in all subjects, the level of aggression in the study group varies significantly. Although increased aggression is one of the possible symptoms of PTSD, not all people with this disorder demonstrate a high level of aggression. When working with military personnel with PTSD, it is necessary to take into account the specifics of the manifestation of aggression in each patient. There is a wide spectrum of suicidality among military personnel with PTSD. Although PTSD is one of the strongest predictors of suicidal behavior, not all people with this disorder are equally likely to commit suicide. The next stage of research on this issue is the diagnosis of the features of other manifestations of PTSD in military personnel and the development of a special psychotherapeutic program to help them.

Key words: post-traumatic stress disorder; PTSD manifestations; military personnel; diagnostics; aggressiveness; suicidal behavior.

Дата надходження рукопису/Date of receipt of the manuscript: 23.05.25.

Дата прийняття рукопису/Date of acceptance of the manuscript: 09.08.25.

© 2025. This work is under an open license CC BY-NC 4.0.